

4 При клиническом обследовании в стационаре типичный спазматический кашель с репризами отмечался только у 8,8% пациентов, у 61,2% - приступообразный кашель. Нетипичную клиническую картину можно объяснить тем, что более половины заболевших детей были привиты против коклюша.

5 Наши исследования подтверждают актуальность решения вопроса о проведении ревакцинации у детей дошкольного возраста с целью снижения заболеваемости коклюшем.

Литература:

1. Николаева, И. В. Коклюш на современном этапе / И. В. Николаева, Г. С. Шайхиева // Вестн. соврем. клин. медицины. – 2016. – Т. 9, вып. 2. – С. 25–28.

2. Паньков, А. С. Эволюция коклюшной инфекции: вопросы профилактики (обзор) / А. С. Паньков, Н. Б. Денисюк, О. В. Кайкова // Мед. альм. – 2015. – № 5. – С. 28–31.

3. Озерцовский, М. А. Вакцинопрофилактика коклюша – итоги и перспективы / М. А. Озерцовский, Р. Г. Чуприна // Вакцинация. – 2004. – Сентябрь/октябрь. – С. 5–6.

4. Харченко, Г. А. Коклюш у детей в Астраханской области при эпидемическом неблагополучии / Г. А. Харченко, О. Г. Кимирилова // Лечащий врач. – 2017. – № 6 – С. 40–43.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Дмитраченко Т.И., Крылова Е. В., Ляховская Н.В., Семенов В.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются важной проблемой здравоохранения в большинстве стран мира. В последние годы расширился перечень традиционных возбудителей бактериальных кишечных инфекций за счет таких бактерий, как *Campylobacter spp.*, *Clostridium difficile*, *Yersinia enterocolitica*. Это связано, в первую очередь, с внедрением в клиническую практику новых методов лабораторной диагностики [1, 2, 3].

Целью исследования явилось определение структуры и клинических особенностей бактериальных кишечных инфекций у госпитализированных пациентов.

Под нашим наблюдением находилось 2019 пациентов с диареей, госпитализированных в УЗ «ВОИКБ» г. Витебска в период 2014-2016 гг. Среди обследованных пациентов сальмонеллез был зарегистрирован у 918 пациентов, кампилобактериоз - у 112 пациентов, шигеллез - у 5 пациентов, *Clostridium difficile*-ассоциированные диареи - у 108 пациентов, кишечные инфекции, вызванные *Yersinia enterocolitica* - у 32 пациентов.

Выделение и идентификацию сальмонелл и шигелл проводили по общепринятым культуральным и серологическим методам. Подтверждением диагноза *Clostridium difficile*-ассоциированные диареи служило выявление в кале токсина *C.difficile* типа А или В экспресс-методом на основе иммунохроматографического анализа и данных сигмоскопии. Лабораторное подтверждение иерсиниоза было основано на обнаружении специфических антител в крови методом иммуноферментного анализа, кампилобактериоз диагностировался при обнаружении специфических антител в кале методом иммуноферментного анализа

Как показал анализ, среди госпитализированных пациентов с бактериальными кишечными инфекциями (БКИ) наибольшую долю составляли сальмонеллез (36,9-58,5%) и ОКИ, вызванные условнопатогенной флорой (26,4-51,9%). Доля кампилобактериоза была 3,9-8,4%, доля *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи составляла 3,8-5,9%, доля кишечной инфекции, вызванной *Yersinia enterocolitica*, была 0,9-1,9%. Шигеллез и эшерихиоз регистрировался только в 0,2-0,5% случаев и в 0,1-0,8% случаев соответственно.

Сальмонеллез чаще являлся причиной госпитализации взрослых пациентов, доля которых в возрастной структуре сальмонеллеза составляла 56,2-59,8%. На долю детей приходилось 40,2-43,8%, при этом от 17,1% до 30,5% среди них приходилось на пациентов первого года жизни. Сальмонеллез характеризовался выраженной интоксикацией с повышением температуры тела выше 38°C у всех пациентов, при этом температура сохранялась повышенной не более 3-4 дней. Поражение толстого кишечника наблюдалось у 51,1±6,7% пациентов. Стул кратностью более 5 раз в сутки был у 66,7±21,0% пациентов, у половины пациентов регистрировался патологический стул с примесью слизи, у 1/3 пациентов был гемоколит. Средняя длительность диареи составила 4,6±1,0 дня. Рвота наблюдалась у 48,1±6,8% пациентов, причем, как правило, она была многократной и регистрировалась в первые двое суток заболевания.

Как показал анализ, кампилобактериоз чаще регистрировался у детей, которые составляли 84,1-89,2% в его возрастной структуре. Наиболее частой формой кампилобактериоза у наблюдаемых нами пациентов явилась энтероколитическая форма заболевания, которая наблюдалась в 77,1±7,7% случаев. Заболевание характеризовалось острым началом, с повышением температуры тела и появлением диареи. Диарея у 54,2±8,5% пациентов наблюдалась менее 5 раз в сутки, у 45,7±8,5% пациентов стул был более частым. Длительность диареи колебалась от 2 до 12 дней. Более чем у половины пациентов (54,2±8,5%) диарея была продолжительной и сохранялась более 6 дней. Наличие слизи и повышенного числа лейкоцитов в стуле имело место в 82,8±6,4% случаев, гемоколит - в 60,0±8,4% случаев. Рвота наблюдалась лишь у 22,8±7,2% пациентов, больных кампилобактериозом, причем у всех пациентов она была однократной.

За анализируемый период под нашим наблюдением находилось только 5 пациентов с шигеллезом, причем двое из них (40%) были дети в возрасте 9-10 лет. У всех пациентов наблюдалось поражение слизистой оболочки толстой кишки с появлением скудного частого (до 10 раз в сутки) стула. При этом, гемоколит имел место у 4 (80%) пациентов. Повышение числа лейкоцитов в копрограмме было характерно для всех пациентов, эритроцитов - для 4 (80%) пациентов. Выраженный колитический синдром длительностью 3-5 дней наблюдался у 2 (40%) пациентов и сохранялся более 6 дней - у 4 из 5 пациентов. У 3 (60%) пациентов максимальная температура тела превышала 39,0°C. У двух (40%) пациентов температура тела была субфебрильной или нормальной. Повышение температуры сохранялось не более 2-3 дней. Рвота наблюдалась только у одного ребенка, причем она была однократной. У всех взрослых пациентов при сигмоскопии наблюдался эрозивный проктосигмоидит. Изменения в общем анализе крови в виде нейтрофилеза наблюдались у 2 (40%) пациентов, повышение СОЭ имело место у 3 (60%) пациентов.

Как показал анализ, у пациентов с лабораторно подтвержденной *Clostridium difficile*-ассоциированной диареей у 44,0±4,6% пациентов в кале был обнаружен токсин А, в 56,0±4,6% случаев – токсин А и В.

Все наблюдаемые нами пациенты с *Clostridium difficile*-ассоциированной диареей указывали на предшествующее заболеванию использование антибактериальных препаратов. Средний возраст наблюдаемых пациентов составил 65,9 года. У 34,8±3,5% из них были зарегистрированы тяжелые сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа в стадии субкомпенсации, ХОБЛ, абдоминальные хирургические вмешательства, онкологические заболевания. Среди наблюдаемых нами пациентов с *C.difficile*-ассоциированной кишечной инфекцией в 49±4,5% случаев была зарегистрирована гастроэнтероколитическая форма заболевания. Начальным и самым типичным симптомом болезни являлась диарея, которая регистрировалась в 100% случаев. Кратность стула варьировала от 1 до 40 раз и в среднем составила 11,4 раза в сутки. Стул, как правило, был необильным, в 65,5±4,8% содержал патологические примеси в виде слизи и реже - крови. Диарея, как правило, носила упорный характер. Средняя ее продолжительность у наблюдаемых пациентов составила 21,7 дня (от 2 до 31 дня). Рвота была не характерна и отмечалась только в 20,6±4,2% случаев. Лихорадка наблюдалась у 72,4±4,9% пациентов, при этом у 28,6±4,1% из них регистрировалась температура тела выше 39°C. При проведении сигмоскопии у 51,3±4,6% пациентов был выявлен псевдомембранозный колит.

Как показал анализ, с кишечной инфекции, вызванной *Yersinia enterocolitica*, чаще госпитализировались дети (60,0-71,4%). Заболевание характеризовалось острым началом с появлением рвоты у 21,4±5,5% пациентов, повышением температуры тела у 67,9±3,4% пациентов. Поражение слизистой оболочки толстой кишки наблюдалось у 45,8±4,2%

пациентов. Диарея в преобладающем большинстве случаев ($91,7 \pm 8,5\%$) наблюдалась менее 5 раз в сутки, только у $8,3 \pm 3,5\%$ пациентов стул был более частым. При этом гемоколит наблюдался у $29,2 \pm 5,5\%$ пациентов. При УЗИ органов брюшной полости у $16,7 \pm 5,2\%$ пациентов отмечались увеличенные мезентеральные лимфатические узлы, у $29,2 \pm 6,7\%$ пациентов была выявлена гепатомегалия, у $12,5 \pm 4,5\%$ пациентов наблюдалось увеличение селезенки. Изменения в общем анализе крови в виде лейкоцитоза наблюдалось у $35,7 \pm 4,8\%$ пациентов, нейтрофилез регистрировался у $25,0 \pm 6,4\%$ пациентов, повышение СОЭ - у $35,7 \pm 6,8\%$ пациентов.

Полученные данные указывают на то, что среди госпитализированных пациентов с бактериальной кишечной инфекцией в настоящее время наибольшую долю составляет сальмонеллез ($36,9-58,5\%$). Доля кампилобактериоза не превышает 6-9%, что указывает на недостаточно качественную диагностику этой инфекции, учитывая общие с сальмонеллезом источники инфекции, факторы и пути передачи. Настораживающим фактором является рост госпитализаций по поводу *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи ($3,8-5,9\%$).

Литература:

1. World Health Organization Estimates of the Global and Regional Disease Burden of 22 Foodborne Bacterial, Protozoal, and Viral Diseases, 2010: A Data Synthesis / M. D. Kirk [et al.] // PLoS Med. – 2015 Dec. – Vol. 12(12). – P. e1001921.
2. Evolving public health approaches to the global challenge of foodborne infections / R. V. Tauxe [et al.] // Int J Food Microbiol. – 2010. – №139 Suppl 1:S16–28.
3. Aetiology-specific estimates of the global and regional incidence and mortality of diarrhoeal diseases commonly transmitted through food / S. M. Pires [et al.] // PLoS ONE. – 2015. – № 10 – P.142–149.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ИЗОЛЯТОВ *S. AUREUS*, ВЫДЕЛЕННЫХ В ХИРУРГИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Жильцов И.В., Вылевко М.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. *S. aureus* прочно удерживает одно из первых мест по частоте вызываемых им госпитальных инфекций; помимо этого, *S. aureus* нередко вызывает различные внегоспитальные инфекции - острый гнойный тонзиллит, пневмонии, микст-бронхиты, гнойный отит, рожистое воспаление и т.д. Смертность от стафилококковых инфекций колеблется в широких пределах. Нелеченый сепсис, вызванный *S. aureus*, характеризуется летальностью, превышающей 80%. Коэффициент летальности от